



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

980354

FOLIO

170640607

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) RN Tovar Puerta		2. FECHA DE NACIMIENTO 01/07/1978		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP RNRN01071978XXXXXX		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Si ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA 39 años	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Calle 41, Colonia Centro, San Luis Potosí		10.1 Tipo de vialidad Carretera		10.2 Nombre de la vialidad Carretera	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Urbano		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí		10.7 Código Postal 64000		10.8 Localidad San Luis Potosí	
10.9 Municipio o delegación San Luis Potosí		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Primaria ☒ Preescolar ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ OTRA ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de San Luis Potosí	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 41, Colonia Centro, San Luis Potosí		15.1 Tipo de vialidad Carretera		15.2 Nombre de la vialidad Carretera	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Urbano		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí		15.7 Código Postal 64000		15.8 Localidad San Luis Potosí	
15.9 Municipio o delegación San Luis Potosí		15.10 Entidad federativa San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09/03/2017 18:30		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador	

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a) Choque séptico					
b) Sepsis nosocomial					
c) Neumonia asociada a la atención a la salud					
d) Suboclusión intestinal					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
Displasia Broncopulmonar					
Prematuridad					

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		Si ☐ No ☒		Si ☐ No ☒		Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el fallecido(a) con el(los) fallecido(s)			
22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		22.8 Localidad			

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09/03/2017	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

REG. IL

170640607